

## ORAL CLINICAL LONG CASE PRESENTATION, THE NEED FOR STANDARDIZATION AND DOCUMENTATION

### LE LONG CAS DE LA PRESENTATION ORALE CLINIQUE, LE BESOIN DE STANDARDISATION ET DOCUMENTATION

\*AGODIRIN SO, OLATOKE SA, RAHMAN GA, <sup>1</sup>AGBAKWURU EA, <sup>2</sup>KOLAWOLE OA

#### Abstract

**Background:** The oral presentation of the clinical long case is commonly an implied knowledge. The challenge of the presentation is compounded by the examiners' preferences and sometimes inadequate understanding of what should be assessed.

**Objectives:** To highlight the different opinions and misconceptions of trainers as the basis for improving our understanding and assessment of oral presentation of the clinical long case.

**Methodology:** Questionnaire was administered during the West African College of Surgeons fellowship clinical examinations and at their workplaces. Eligibility criteria included being a surgeon, a trainer and responding to all questions.

**Results:** Of the 72 questionnaires that were returned, 36(50%) were eligible for the analysis. The 36 respondents were from 14 centers in Nigeria and Ghana. Fifty-two percent were examiners at the postgraduate medical colleges and 9(25%) were professors. Eight(22.2%) indicated they were unaware of the separate methods of oral presentation for different occasions while 21( 58.3%) respondents were aware that candidate used the "5Cs" method and the traditional compartmentalized method in long case oral presentation. Eleven(30.6%) wanted postgraduates to present differently on a much higher level than undergraduate despite not encountering same in literature and 21(58.3%) indicated it was an unwritten rule. Seventeen (47.2%) had not previously encountered the "5Cs" of history of presenting complaint in literature also 17(47.2%) teach it to medical students and their junior residents.

**Conclusion:**This study has shown that examiners definitely have varying opinions on what form the oral presentation of the clinical long case at surgery fellowship/professional examination should be and it translates to their expectations of the residents or clinical students. This highlights the need for standardization and consensus of what is expected at a formal oral presentation during the clinical long case examination in order to avoid subjectivity and bias.

**Key words:** Oral presentation, Compartmentalized presentation method, 5Cs-Method, Consensus required.

#### Abstrait

**Contexte :** La présentation clinique de long cas est souvent une connaissance implicite

Le défi de la présentation est aggravée par la préférence de l'examinateur et par fois la compréhension inadéquat de ce que devait être évaluer

**Objectif:** Enumérer les opinions différents et la mal compréhension des formateurs comme la base d'améliorer notre connaissance et l'évaluation orale de la présentation de longue cas clinique

**Méthodologie:** des questionnaires ont été distribuer et remplir lors des examens de collège ouest africain des chirurgiens de camaraderie et au boulot .les critères comprennent être chirurgien ,formateur,et répondent a toutes les questions.

**Résultats:** Parmi les 72 questionnaires renvoyé ,36 (50%) étaient qualifié pour l'analyse. Les 36 répondeurs viennent de 14 centres au Nigeria et au Ghana .Cinquante deux pourcentage étaient examinateurs au collège diplômés médical et 9 (25%) étaient professeur. Huit(22.2%) ont indiqué qu'ils ne sont pas au courant des méthodes différentes de la présentation orale pour des occasion différent alors que 21(58.3%) répondeurs savent que le candidat utilise la méthode " 5Cs" et la méthode cloisonnée traditionnelle de la présentation oral de long cas. Onze (30.6%) ont voulu que les diplômés présentent différemment avec un niveau plus élevé que les étudiants de premier cycle en dépit de ne rencontre pas la même littérature 21(58.3%) ont indiqué que c'est une règle non écrite. Dix-sept (47.2%) n'ont jamais au courant de la méthode 5Cs de présenter des plaintes dans la littérature. Le même cas (histoire) de "5Cs" le fait de présenter/porter des plaintes dans la littérature aussi 17 (47.2%) ont enseigné aux étudiants médical et aux internes .

**Conclusion:** Ce sondage a montré que les examinateurs ont des opinions diverses sur quel format la présentation orale clinique de longue cas et l'examen chirurgie de camaraderie/professionne! doit se fait et cela traduire leurs attentes des étudiants résidents clinique. Cela met en évidence la nécessité d'une normalisation et un consensus de ce qui est attendu lors d'une présentation orale formelle pendant le longue examen de cas clinique a fin d'éviter la subjectivité et le biais

**Mots clés :** Présentation orale, La méthode de présentation compartimentée, La méthode 5Cs, Consensus requit.

## Introduction

Clerking a patient and oral presentation of the patient are both arts that are learnt by constant practice early in the medical career. Clerking a patient is the process of extracting the history of the illness from the patient and examining the patient in detail, while oral presentation is recounting of the overall summary of the history and objective findings to superior colleagues, examiners or a panel of clinicians who would assess the quality of the clerking and proceed with questions on management and outcome.

The process of clerking a patient is easier than the art of oral presentation, because in clerking a patient, the sections that should be addressed are well documented and the norms of interaction with the patient are clearly understood, uniformly accepted and explicitly communicated to trainees right from inception<sup>1,2,3</sup>. On the contrary, aside from listening to the presenter and refuting or accepting the presentation as a whole or in part, the art of oral presentation is not usually explicitly addressed neither are the various methods of oral presentation for various occasions clearly communicated<sup>4,5</sup>. This is so for several reasons: first the art of formal communication is inherently difficult; second, it is easy to assume that the oral presentation for formal discussion should be reported along the structures employed in the written report<sup>4, 6,7</sup>; third, the types of presentation, structure and the specific content are usually implied, tacit and not clearly defined. Furthermore, determining what aspect of the

---

\*Agodirin SO, Olatoke SA, Rahman GA, <sup>1</sup>Agbakwuru EA, <sup>2</sup>Kolawole OA

Department of Surgery, University of Ilorin Teaching Hospital Ilorin, Nigeria. E-mail: [cancer1992@yahoo.com](mailto:cancer1992@yahoo.com)

<sup>1</sup>Department of Surgery, Obafemi Awolowo Teaching Hospital Complex, Ile-Ife, Nigeria.

<sup>2</sup>Department of Surgery, Ladoko Akintola University of Technology Teaching Hospital, Osogbo, Nigeria.

\*Correspondence

Grant support: None

Subvention: Aucun

Conflict of interest: None

Conflit d'intérêts: Aucun

## Introduction

Interroger un patient et la présentation orale sont des arts apprise par la pratique continuel depuis le debout de carrière medical. Le fait d'interroger un patient c'est un processus de retirer des informations concrètes de la maladie de patient et a même temps examiner le patient en détail, alors que la présentation orale c'est le fait de résumé les informations retirer et les objectif aux collègues supérieurs ,les examinateurs ou un jury de cliniciens vont évaluer la qualité de l'assessorat et procèdent avec des questions sur la qualité de l'interrogatoire et le résultat de gestion.

Le processus d'interroger le patient est plus facile que le fait de la présentation orale ,les sections qui doit s'adresser sont bien documenté et les regles d'interaction avec les patients est bien compris, soucieusement accepte et explicitement communiqué aux entraîneurs dès le debout .Au contraire ,a part le fait d'écouter le présentateur et réfuter ou accepter sa présentation complètement dans une part ,l'art de la présentation orale n'est pas souvent adressé explicitement ni les méthodes diverses de la présentation orale pour les occasion varier ont bien communiqué c'est ainsi est le cas avec quelques raisons : Premièrement l'art de la communication formelle est difficile ; deuxièmement il est facile d'assumer que la présentation orale pour la discussion formelle doit être rapporté selon les structures appliqués dans le rapport rédigé, troisièmes ,les types de présentation, structure et le contenu sont normalement indiqué, tacit pas clairement défini. En plus, pour déterminer l'aspect des informations retirer a présenter ou rejeter ,il faut des compétences, des connaissances approfondir, la raisonnement logique avec un cœur ouvert et dernièrement l'art de présentation orale est plus une tache abstrait avec des nuances qui par fois sont difficile à exprimer ou transmettre .

extracted information to present or discard requires skill, depth of knowledge and logical thinking with an open mind and lastly the art of oral presentation is a more abstract endeavor with nuances that are sometimes difficult to express or transmit<sup>4,6</sup>.

Unfortunately, this art is a major determinant of the outcome of a formal clinical long case oral presentation in professional clinical examinations. The problems of the oral presentation in a formal/ professional examination are further compounded by the assessors' preferences and sometimes by the assessors' doubt regarding what should be assessed and scored in the particular clinical scenario or context especially if inexperienced.

The expected type of oral presentation is determined by 4 factors: the occasion, the audience, the purpose and the time allowable<sup>4,6,7,9</sup>. Based on these four factors, there are 3 recognized methods of oral presentation: the clinic or emergency new patient presentation by a trainee to the attending clinician or to a panel of clinicians, the follow-up case presentation in a walk through or ward and the formal/bedside long case formal presentation to a panel of examiners<sup>5,7,9</sup> for professional certification.

The clinic or emergency new case oral presentation is a compact presentation where the history of presenting complaint is expanded<sup>6</sup> and loaded with all the important objective findings including important negative findings. The aim is to present a logical pattern that persuades the assessors/examiners to accept a diagnosis or differential diagnoses which will set the stage for assessment of the management plan. The history of chief complaint or differential diagnosis is the most important subsection in this type of presentation and the other subsections may be abridged or even omitted<sup>4,6</sup>. This is sometimes referred to as the 5Cs method of formal presentation (the Cs stand for Chief complaint, Course of illness, Cause of illness, Complications of illness, Care received along with the relevant physical

Malheureusement, cet art est un déterminant majeur des résultats des examens cliniques de la présentation de long cas orale. Les problèmes de la présentation orale est formelle/examens professionnels est compliqué par les préférences des évaluateurs et par fois par le doute de ce qui doit être évalué dans le scénario clinique particulier ou contexte, particulièrement dans le cas de l'inexpérience.

Le type de présentations attendu est déterminé par 4 facteurs : l'occasion, l'audience, le but et le temps permis. Basé sur ses quatre facteurs, est trois méthodes reconnues de la présentation orale : est la présentation clinique ou urgence d'un nouveau patient par un entraîneur au clinicien ou au jury de cliniciens, le cas suivant c'est la présentation dans une promenade à travers ou pupille et chevet formelle pour la certification professionnelle.

La clinique ou nouveau cas d'urgence de la présentation orale est une présentation compacte où l'histoire du patient est carrément exposée et fournir et remplir des objectifs requis qui comprennent des informations négatives importantes.

Le but c'est de présenter un format logique pour persuader les évaluateurs/examineurs d'accepter des diagnostics différentiels qui vont mettre sur place l'évaluation de la gestion. L'histoire de présentant majeur des plaintes quelques ou diagnostic différentiels est la plus importante sous-section, dans ce genre de présentation l'autre sous-section peut être abrégé ou omis<sup>4</sup>. Parfois ceci se réfère à la méthode de la présentation formelle 5Cs (le Cs veut dire plainte principale) l'étude de la cause de maladie, les soins reçus avec les informations physiques). Néanmoins, dans la méthode 5Cs, l'autre sous-section est abrégé ou omis. Le but de visite guidée lors de la présentation c'est de mettre à jour le supérieur, le traitement courant et indiquer aussi les nouveaux développements. La présentation est très courte et révèle seulement les choses importantes et positives.

findings). However, in the 5Cs method, the other subsections are abridged but not omitted. The walk through presentation aims to update the superior about the current treatment and highlight any new developments. The presentation is very short and it reveals only the important positives. The walk through presentation is a 2 - 3 minutes oral presentation which quickly introduces the patient, the confirmed diagnosis, the current management, and outcome of management. The subsections of history presentation are omitted completely<sup>5,7</sup>. The formal long case presentation for professional advancement/certification is where opinions diverge. It is apparent that most surgical textbooks fail to mention how the extracted history and findings on physical examination should be presented. Literature review showed that there are 2 divergent views; to present as in traditional compartmentalized method (CM) as documented in the patient's record<sup>9-13</sup> or to present the clerking as for clinical directed discussion<sup>4,6</sup> akin to the new clinic or emergency case described above (5Cs method).

The compartmentalized method (CM) lays out all the subsections and places each critical piece of information in the appropriate subsection. This method demonstrates an understanding of the full structure and content of each subsection. The candidate will later in discussion sieve out the points that contribute to the diagnosis and present them early in the presentation whereas the 5Cs method expands the history of presenting complaint to accommodate all the important findings from all other subsections. The 5Cs method aims to immediately justify the diagnosis right from inception by pulling all the important points into the presenting complaint. From this description it is clear that these 2 methods serve slightly different purposes. The CM aims to demonstrate comprehension of the whole structure and content before the diagnosis, and it recognizes all subsections equally while the 5Cs aims to justify the diagnosis from inception and gives relevance to the

La marche pendant la présentation orale qui introduit le patient rapidement est environ 2-3 minutes, le diagnostic confirmé, le gestion courant, les sous-sections des histoires présente est complètement omis. La longue présentation formelle pour l'avancement professionnel/certification est la où les opinions sont diverses, il est évident que la majorité des livres chirurgical n'ont pas mentionne comment l'histoire retiré et les résultats de l'examen physique doit se présenter. La revue littéraire a montré qu'il ya 2 perspectives divergent, pour présenter comme la méthode traditionnelle compartimentée (CM) comme documenté dans le dossier du patient ou présenter les interrogatoires comme le discours<sup>4,6</sup> clinique indiqué, qui est similaire à la nouvelle clinique ou un cas urgence expliqué ci-dessus (la méthode 5Cs).

La méthode compartimentée (CM) montre les sous-sections insiste sur chaque détail d'information dans les sous-section appropriée. Cette méthode démontre la compréhension de la structure complète et le contenu de chaque sous-section. Le candidat lors de discours énumérera les points qui ont contribué au diagnostic et les présente tôt lors de la présentation alors que la méthode 5Cs élargit l'histoire de présentant des plaintes pour accommoder toutes les informations importante de toutes les sous-section. La méthode 5Cs cherche à justifier le diagnostic dès le commencement en ramassant tout les points importants au plainte présentant. A partir de cette description, il est évident que ces 2 méthodes servent des buts différents. Le CM cherche à démontrer la compréhension de la structure complète et le contenu avant le diagnostic, et il comprend toutes les sous-section-sections également alors que 5Cs cherche à justifier le diagnostic dès le commencement et cela donne le sens au sujet de plainte présentant. Il n'y a aucun consensus qui indique au candidat quel parmi les deux méthodes à utiliser lors de la présentation professionnelle clinique orale de long cas.

presenting complaint. There is no consensus on which of the two methods should be employed by candidates in the professional oral long case clinical presentation.

This study was undertaken because of the swaying effect the pattern of oral long case presentation during a professional clinical examination has on the outcome of the examination. The aim of this study was to highlight the importance of the art of oral long case presentation that is rapidly being lost due to the recent changes in the modalities of undergraduate and postgraduate clinical professional examinations and to proffer steps in the decision making about the fate of candidates taking a long case professional examination.

### **Materials & Methods**

A literature search was conducted to determine the acceptable methods of history presentation already documented in literature and to determine the subsections and content formally documented; telephone contacts were made for references on literature about the 5Cs method and the compartmentalized method of formal long clinical case oral presentation. A questionnaire was designed asking respondents about awareness of the various methods of oral long case clinical presentation (formal, walk-through round and clinic new case) and about knowledge of the content and when to use the compartmentalized method or the 5Cs method of formal clinical long case oral presentation. The questionnaires were distributed to examiners during the April 2013 West African College of Surgeons fellowship examination. The same questionnaire was also distributed to consultants training residents in teaching hospitals and federal medical centers in Nigeria. The respondents' knowledge of the various methods of oral (formal long case, walk-through round and clinic new case) presentation, awareness of the methods used in formal long case presentation (compartmentalized or 5Cs) and

Cette étude a été embarquer a cause de l'effet immense de la structure de la présentation orale de longue car lors de l'examen clinique professionnelle et les résultats de l'examen. Le but de cette étude c'est de montrer l'importance de l'art de la présentation oral de longue cas qui se perde rapidement a cause de changements dans les modalités des étudiants du 1<sup>er</sup> cycle et les examens professionnel clinique de diplômés et de proposer des étapes dans la prise de décision concernant le sort des candidats qui écrivent des examens professionnel de longue cas.

### **Matériaux et Méthode**

Une recherche a été organisé pour déterminer les méthodes acceptable de présentation d'histoire documenté dans la littérature et aussi de déterminé

Les sous-sections et contenu officiellement documenté ;des contacts téléphonique ont été faire pour la référence de littérature concernant la méthode 5Cs et la méthode compartimentée de la présentation orale formelle d'une longue cas clinique.Des questionnaires a été préparer en posant des questions aux répondeur concernant les méthode variée de la présentation de longue cas clinique oral formel ,visite guidé et des nouveau cas clinique ) et la connaissance de contenu et quand on doit appliquer la méthode compartimentée ou la méthode 5Cs formel de longue cas oral de la présentation clinique .Les questionnaires ont été distribuer aux examinateurs, lors de l'examen de collège ouest africain des chirurgiens en avril 2013. Les mêmes questionnaires encore a été distribuer aux consultants formateurs des résidents au centre hospitaliers et les centres fédéral médical au Nigeria. La connaissance des répondants concernant les méthodes différentes de présentation orale et des méthodes utiles et la sensibilisation de la structure et le contenu des sous-sections de la

awareness of the structure and content of the subsections of formal long case presentation and their expectations of the candidates were analyzed and presented in descriptive statistics using statistical package for social sciences (SPSS) version 16. To be eligible as a respondent, the individual must be a surgeon and in addition must have one or more of the following attributes: an examiner in the West African College of Surgeons fellowship examination or the National Postgraduate Medical College of Nigeria fellowship examination as well as working and training surgical residents and/or undergraduate students in surgery.

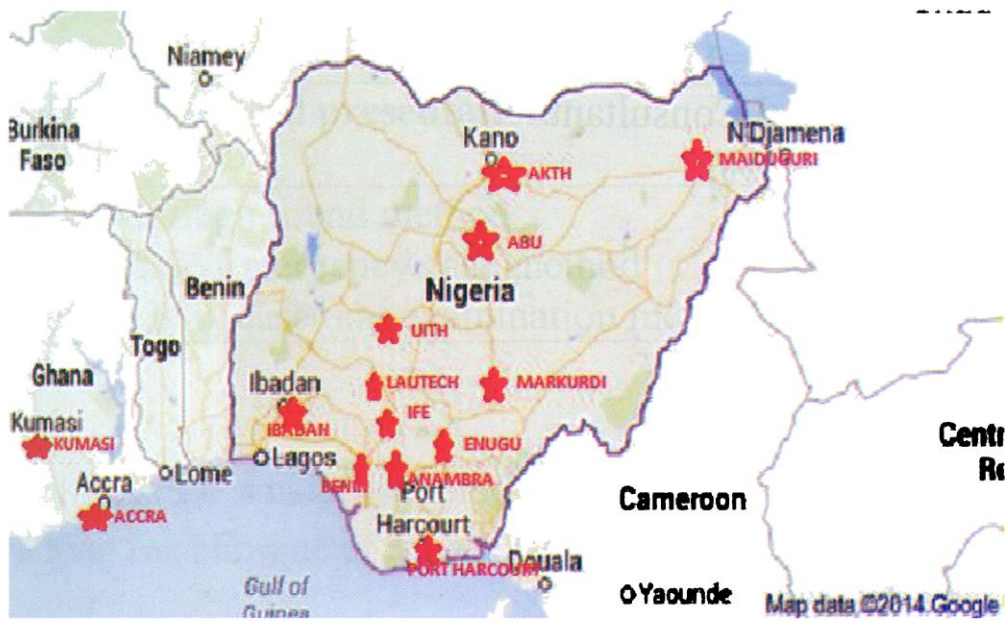
## **RESULTS**

A total of 102 questionnaires were distributed, 72 were returned after completion while 36 met the eligibility criteria for analysis in this preliminary report. These 36 respondents were from 12 teaching hospitals across Nigeria and 2 teaching hospitals in Ghana. The adapted spot map of West Africa<sup>8</sup> (Fig. 1) shows distribution of the respondents across Nigeria and Ghana. All the eligible respondents were males, all were consultant surgeons and 67% were university lecturers in addition to being consultants as shown in Table 1. The age range was 38 to 73 years with a mean of  $46.4 \pm 9.3$  years. The duration of practice as consultant ranged from 1 to 42 years (median 15 years) and a mean of  $20 \pm 10.2$  years. Eighteen (50%) respondents were examiners in the Postgraduate Medical College of Nigeria fellowship examinations while 3 (8.3%) were external examiners in one or more medical schools but not at postgraduate fellowship level.

présentation de long cas formel et leurs attentes de leurs candidats ont été analysées et présentées dans les statistiques descriptives utilisant un logiciel statistique pour les sciences sociales version 16 (SPSS). Pour être admissible au titre de répondants, l'individu doit être chirurgien et en plus doit posséder un ou plus des attributs suivants : être examinateur au collège ouest africain de chirurgie des examens ou le collège médical national de diplômé d'examen camaraderie du Nigeria ainsi que travailleur et formateur de résidents en chirurgie et étudiants de premier cycle en chirurgie.

## **RESULTATS**

Un total de 102 questionnaires ont été distribués, remplis et renvoyés tandis que 36 répondaient aux critères d'admissibilité pour l'analyse dans ce rapport préliminaire, ces 36 répondants étaient 12 hôpitaux d'enseignement au Nigeria et 2 hôpitaux d'enseignement au Ghana. La carte des spots adaptée de l'Afrique de l'ouest montre la distribution des répondants à travers le Nigeria et le Ghana. Tous les répondants admissibles étaient hommes, tous étaient chirurgiens consultants et 67% étaient professeurs à l'université, en plus être consultants comme indiqué dans le tableau 1, la tranche d'âge était 38 à 73 ans avec le moyen de  $46.4 \pm 9.3$  ans. La durée de la pratique en tant que consultant allait de 1 à 42 ans (médiane 15 ans) et un moyen de  $20 \pm 10.2$  ans. Dix-huit (50%) répondants étaient examinateurs au collège médical camaraderie diplômé d'examen du Nigeria alors que 3 (8.3%) étaient examinateurs externes dans un ou plus école médicale mais pas au niveau de diplômé camaraderie.



**Fig. 1: GPS adapted map from Google showing locations of the respondents in West Africa**



**Fig : 1 GPS carte adapté de google montrant les locations des répondants en Afrique de l'Ouest**

**Table1: Rank of the respondents**

<b>University Staffs (n= 24)</b>	<b>Non-University Staffs( n=12)</b>
Professor 9 (25%)	Hospital Consultant 12 (33.4%)
Associate Professor 3(8.3%)	
Senior Lecturer 8(22.2%)	
Lecturer I 4 (11.1%)	

**Table 1 : Classement des répondants**

<b>Personnels de l'université</b>	<b>Non Personnel de l'université</b>
Professor 9 (25%)	Consultant Hôpital 12 (33.4%)
Professeur Agrégé 3 (8.3%)	
Chargé d'enseignement 8 (22.2%)	
Professeur de l'université 4 (11.1%)	

Eight (22.2%) respondents were not aware that there were 3 separate methods of oral presentation for different occasions, purpose and audience (Table 2). Two out of these 8 respondents knew 2 methods (new case and formal methods), one knew 1 method (the formal method) and 5% were unsure of the number of available methods.

Huit (22.2%) répondants n'étaient pas au courant qu'il y a 3 méthodes différentes pour la présentation orale pour des occasions différents, le but et l'audience. (Table 2) Deux parmi les huit répondants connaissent 2 méthodes ( nouveau cas et méthode formelle), un connaît une méthode (la méthode formelle) et 5% n'étaient pas sûr de nombre des méthodes disponible.



**Table2: Awareness of the various methods of oral clinical long case presentation and the appropriate occasions**

<b>Methods of oral presentation</b>	<b>No of respondents aware of the methods</b>
Walk-through round method	28 (77.7%)
New clinic/Emergency case method	29 (80.5%)
Formal long case oral examination method	30 (83.3%)

**Table 2 : La sensibilisation des differentes methodes de presentation orale a long cas clinique et les occasions appropriees**

<b>Méthode de présentation</b>	<b>Nombre de répondants qui sont au courant</b>
La méthode de visite guidé	28 (77.7%)
Niveau clinique/ Method de cas urgence	29 (80.5%)
Examens oral formel de longue cas	30 (83.3%)

Concerning the professional examination clinical long case oral presentation, 21(58.3%) respondents were aware of two distinct methods- the expanded history of presenting complaint

(5Cs) method and the traditional compartmentalized method - used by candidates and assessed by examiners; others were aware of one or the other method (Table3).

Concernant l'examen professionnel de la présentation orale de longue cas, 21(58.3%) répondants sont au courant des deux méthodes distinctes

(5C) méthode et la méthode compartimentée utilisée par les candidats et évalué par les examinateurs ;d'autres sont au courant d'un ou d'autre méthode (tableau 3)

**Table 3: Awareness of methods of formal clinical long case oral presentations assessed in fellowship/professional examinations**

<b>Methods of formal long case oral presentation</b>	<b>No of respondents aware of each method</b>
Compartmentalized method	8(22.2%)
5Cs method	7(19.5%)
Both methods	21(58.3%)

**Tableau 3 : La sensibilisation des méthodes formelle clinique de présentation de long cas évalué lors des examens professionnel camaraderie**

<b>Methodes</b>	<b>Nombre de ceux sont au courant</b>
Méthode compartimentée	8 (22.2%)
Méthode 5Cs	7 (19.5%)
Les deux méthodes	21 (58.3%)

Ten (27%) of respondents thought that all aspects of the history are equally important and the history of presenting complaint(HPC) should contain only the course of the chief complaint(CC) and review of the system or region from which the CC emanated. The others believed in one or more of the following: that the HPC is the most important subsection, the diagnosis should be apparent after the HPC and all important or significant content of the history should be brought into this subsection. Thirteen (36%) respondents thought in the presentation of physical examination findings, the system bearing the pathology should be discussed first or last. Also, 11(30%) respondents thought that postgraduates should not present same method as undergraduate and 21(58%) of

Dix (27%) des répondants ont pensé que tout aspect de l'histoire sont également important et l'histoire de présenter le sujet des plaintes (HPC) doit contenir seulement l'étude de plainte principale et la région a partir de laquelle le (cc) émané. Les autre croyaient en un ou plusieurs des éléments suivants : que le HPC est le sous-section le plus important ou la signification de l'histoire devrait être amené dans le présent sous-section. Treize(36%) répondants pensaient en présentant des résultats de l'examen physique, le système portant la pathologie doivent être examiner en premier ou dernièrement. Ainsi 11(30%) répondants pensaient que les diplômés ne doivent pas présenter avec la même méthode que les 1<sup>er</sup> cycle et 21(58%) des répondants disent qu'il y a une règle non écrite qui indique

respondents said that there was an unwritten rule that postgraduate candidate should present differently from undergraduates. One respondent commented that the first year undergraduate clinical class (400 level) should employ the traditional compartmentalized method where all sections are given relevant attention, while the final year students and postgraduate should employ the expanded (5cs method) where the HPC is considered the most important and will be sub-sectionalized and discussed in 5 parts namely the Complaint, the Course of the Chief Complaint, the Cause, the Complications and the Care previously received along with the relevant physical findings. Seventeen(47%) respondents had not encountered the 5Cs method in literature previously, 12(33%)respondents indicated that they had encountered literature on 5Cs while 7(20%) were unsure.

During their undergraduate or postgraduate training, 18(50%) of the respondents were taught the 2 methods while 17(47.2%) respondents now teach the two methods; Table 4 summarizes the exposure and methods now taught by respondents. Ninety-two percent of respondents thought that provided the presentation is logical, organized and a diagnosis is reached, the method of presentation should not be considered in scoring candidates at the fellowship/ professional examinations.

que les diplômés doivent présenter différemment de 1<sup>er</sup> cycle et 21(58%) .Un répondant a commenté que les étudiants de première année clinique ( 4eme) doit employer la méthode cloisonnée traditionnelle la ou toute les sections reçoivent une attention pertinente

Tandis que les étudiants de dernière année et de troisième cycle devraient employer la (méthode 5Cs) élargie ,le HPC est considéré comme le plus important et seront sous-sectionne .il est discuter en 5 parties :savoir la plainte ,l'étude de plainte principale, la cause ,les complications ,les soins reçus précédemment avec les conclusions physiques pertinentes .Dix-sept (47%) répondants n'ont jamais eu contact avec la méthode 5Cs en littérature auparavant ,12(33%) répondants ont indiqué qu'ils sont au courant de la littérature de 5Cs alors que 7 (20%) n'étaient pas sûr .

Au cours de leur premier cycle ou formation de troisième cycle ,18(50%)des répondants ont appris les méthodes 2 alors que 17 (47.2%)répondants enseignent maintenant les deux méthodes ;Tableau 4 a résumé l'exposition et les méthodes maintenant enseignées par les répondants .Quatre –vingt douze pourcent des répondants estiment que la présentation est logique ,organisé et un diagnostic est réalisé ,la méthode de présentation ne doit pas se considérer lors de la notation pendant les examens professionnel.

**Table 4: Method of formal long case presentation conversant with and now taught**

Method of formal long case oral presentation	Was taught	Now teaches
Compartmentalized method	16(44.5%)	15(41.7%)
5Cs method	2(5.5%)	4(11.1%)
Both	18(50%)	17(47.2%)

**Tableau 4: La méthode formelle présentation de long cas connu et enseigné :**

Méthode formel de présentation longue cas	A était enseigné	Enseigner maintenant
Méthode compartimentée	16(44.5%)	15(41.7%)
Méthode 5c	2(5.5%)	4(11.1%)
Les deux	18(50%)	17(47.2%)

**Discussion**

This was a questionnaire based study conducted among surgeons in Nigeria and Ghana, all the respondents were consultants training surgery residents or teaching undergraduate clinical students in surgery and the majority were university lecturers. All the respondents were male, the mean age was  $46.4 \pm 9.3$  and the median duration of surgical practice was 15 years. Half of the respondents were examiners at the fellowship postgraduate medical colleges.

In response to awareness of the method of oral presentation for various occasions, one-fifth of the respondents indicated that they were unaware of the separate methods of clinical presentation, we opined that in actual fact it was the nomenclature that they were probably not familiar with. Because it was unlikely that a clinician would use the same method of presentation in all occasions, hence

**Discussion**

Cette questionnaire est basé sur les sondages parmi les chirurgiens au Nigeria et au Ghana, tout les répondants sont consultants entraînant des résidents en chirurgie et la majorité étaient professeurs de l'université. Tout les répondants sont mâle, la moyenne âge était  $46.4 \pm 9.3$  et la durée médiane pour la pratique chirurgicale était 15ans. La moitié des répondants étaient examinateurs au collège médical diplômé de camaraderie. En réponse a la prise de conscience de la méthode de présentation orale des occasions diverses, un cinquième des répondants ont indiqué qu'ils ne connaissent pas les méthodes de présentation clinique séparées. Nous avons estimé que, en réalité, c'était la nomenclature qu'ils étaient probablement pas familière avec, parce qu'il était peut probable qu'un clinicien utilisera la même méthode de présentation dans toutes les occasions, par conséquent, ils doivent avoir utilisé les différentes méthodes a un moment ou l'autre, sans le savoir. L'implication de cela

they must have employed the various methods at one time or the other unknowingly. The implication of this is that if such clinicians assess oral clinical presentation at fellowship/professional examinations, they may reject or accept the method used by the presenter but may not be able to offer a satisfactory explanation of why the method selected by the presenter was accepted or rejected.

From our search, we did not find that the 5cs method of oral long case clinical presentation has been previously so named or explicitly documented in literature even though it has been employed over the years and many trainers who were not taught this method and who are aware that it is not documented still teach it to their trainees because the examiners recognize that there are divergent opinions and they want the trainees to have a fair chance if they meet examiners that prefer one method or the other. This is good preparation but the negative aspect is that the candidate not only has to have adequate medical knowledge but will also have to know what each examiner prefers. This is an unnecessary burden.

Fifty two percent of the respondents were examiners in the postgraduate medical colleges. This is why even though the analyzed sample size is small, the results speak volumes because a large percentage of the respondents were teachers and teachers of teachers whose opinion and activities influence our teachings and practices.

Not only is it important that we document what we do and what we expect from candidate during oral examination, it is also important so as to know exactly what to search for and what to score appropriately during oral presentation and during OSCE examinations history taking sessions. If there

est ainsi que si les cliniciens évaluent la présentation clinique orale aux examens professionnel de camaraderie ,ils peuvent rejeter ou accepter la méthodes utilisé par le présentateur mais peut ne pas être capable de donner des bonnes explications.

D'après notre recherche ,nous ne trouvons pas que la méthode de longue cas orale a5Cs a été ci nommé ou explicitement documenté dans la littérature même si elle a été employer depuis des années et de nombreux formateurs qui n'ont pas enseigné cette méthode et qui savent qu'ils ne sont pas documenté, enseigné encore à leurs stagiaires car les examinateurs reconnaissent qu'il ya des opinion divergentes et ils veulent que les stagiaires aient une chance équitable quand elles répondent aux examinateurs qui préfèrent une méthode ou l'autre ,cela est une bonne préparation mais l'aspect négatif est que le candidat ne doit pas seulement avoir des connaissances médicale, mais devrait aussi savoir ce que chaque examinateur préfère ,ceci est un fardeau inutile.

Cinquante deux pourcent des répondants étaient des examinateurs au collège médical des diplômées. Raison pour laquelle même si la taille analysé est petit, les résultats sont éloquentes, car un grand pourcentage des répondants étaient des enseignants dont l'opinion et les activités influencent notre enseignements et pratique.

Ce n'est pas seulement important de documenter ce que nous faisons et ce que nous attendons du candidat lors de l'examen orale, il est également important de savoir actuellement ce que nous attendons au près de candidat pour qu'on puisse faire des notations correctement lors des examens orale et lors des examens OSCE (interrogatoires historique de patient)s'il n y a pas consensus par rapport a ce que nous attendons, avec le OSCE qui l'histoire de Présentateur des plaintes,quelques candidats

is no uniformity about what we expect, in an OSCE station which states “take the history of presenting complaint” some candidate will take detailed expanded history as for clinical new case while others will take brief compact history as for formal long case compartmentalized method and others will be confused.

Although majority of the examiners responded that the method of presentation should not be considered when scoring the candidate provided the presentation is logical and a diagnosis is reached, it is however, unlikely that the method preferred by the examiner will not be a bias in scoring the candidate. In fact from personal communications the pattern of presentation does affect scoring. Because of this potential source of bias, again there should be standardization.

Also, it should be expected that the pattern of presentation will be important because in the professional examination the candidate is given a case as attest of their understand of the aim of all aspects and structure of patient clerking, and that they are capable of logical reasoning to reach diagnosis and offer treatment appropriately. The examination is not simply about the current diagnosis and treatment. In addition, what is logical may vary but a pattern should guarantee consistency. Moreover, in the practice of medicine the end may not justify the means. However, from this study and as documented by Green et al<sup>14</sup>, it seems clinicians tend to favor a presentation that demonstrates logical reasoning over completeness of structure and content.

Aside from the identification that there is a subsection method of history presentation alluded to by Ajao<sup>11</sup>, Up until this article there has been no formal documentation of the

prendra le détail comprehensive de patient pour les cas cliniques nouvelles alors que les autres prendraient du détail bref de patient mais pour ce qui concerne la méthode long cas formelle compartimentée d'autre seront confus.

Malgré le fait que la majorité des examinateurs ont répondu que la méthode de présentation ne doit pas se mettre en considération lors de la notation pourvu que la présentation est logique et le diagnostic est achevé. Il est probable que la méthode préféré par l'examineur ne sera pas un biais dans la notation du candidat et en fait, d'après le discours privé le modèle de présentation affecte la notation à cause de cette source potentielle de biais, encore une fois il devrait y avoir la normalisation.

Il convient également que la manière de présentation sera important car lors des examens professionnel, le candidat reçoit un cas comme l'attestation de leur compréhension de l'objectif de tous les aspects assessorat et structure d'interroger le patient et ils sont capable d'un raisonnement logique pour atteindre le diagnostic et le traitement de manière appropriée. L'examen ne concerne pas seulement le diagnostic et le traitement actuel. En plus ce qui est logique peut se varier, mais un modèle devrait garantir la cohérence. En outre, dans la pratique de la médecine la fin ne justifie pas les moyens. Néanmoins dans cette étude, et comme indiqué par Green et al<sup>14</sup>. Il semble que les cliniciens ont la tendance de favoriser une présentation qui démontre un raisonnement logique sur l'intégrité de la structure et contenu.

En dehors de la détermination qu'il existe une méthode de sous-section de présentation de l'historique évoqué par Ajao, jusqu'à cet

descriptive subsections of the history of presenting complaint for formal long case presentation as “5Cs or FACET” of the history of presenting complaint. The 5Cs have been listed above, the FACET stand for Feature presentation, Associated symptoms, Complications, Etiologic factors and Treatment given. This article serves to formally document these subsections and also serves to call for clarification of what method we should expect from the medical students and postgraduate trainees during a formal professional examination.

We found that many examiners have opinions that contrasts with what is documented in literature about presentation of history and examination findings and we have also found that examiners expect different presentation method for different levels of training also contrary to documentation in literature. The implication of this is that except the examiner is vocal about his preference(s) and opinion(s), then the examinee will need to possess the power to read his mind to know what school he belongs to.

The truth that there are many successful styles of presentation was noted by Weise et al<sup>6</sup>; they suggested correctly that each clinician develops his own method based on the principle of clinical reasoning. But we cannot allow the same heterogeneity to prevail during formal professional presentation. In their article, Haber et al<sup>4</sup> found that the learning of oral skill is implicit and difficult to comprehend but added that the product of the same system when matured still manage to turn out well so why fix a system that is working . But that is for learning of oral skills, what about the scoring of oral presentation? If the scoring is left to be dependent on tacit and implicit judgment, then the preference(s) of the examiner and his or her idiosyncrasies will rule the proceeding.

article il n ya pas de documentation formelle des sous-section descriptives de l'histoire de la plainte présentant pour la présentation de formelle a long cas comme 5Cs ou FACET de l'histoire de la présentation des plaintes .Les 5Cs ont été énumérés ci-dessus, La FACET représente : les caractéristiques de la FACET ,les symptômes associé, complication, facteurs et traitement étiologique donné, cet article sert a documenter officiellement ces paragraphes et sert également a demander des clarification sur ce que la méthode doit attendre des étudiants médical et formateurs des diplômées lors de l'examen.

Nous avons constaté que beaucoup parmi les examinateurs ont des opinions qui sont contraire à ce qui est documenté dans la littérature concernant la présentation historique et ces résultats d'examen, nous avons découvert aussi que les examinateurs attendent des présentations différent d'entrainement contrairement au document dans la littérature. L'effet de cela c'est que sauf si l'examineur exprime sa préférences et opinions, sinon le candidat doit posséder le pouvoir de lire le cœur de l'examineur pour savoir quelle école il fait partir.

Le fait qu'il ya beaucoup de bonne styles de la présentation a été noté par Weise et al<sup>6</sup>, ils ont proposé correctement que chaque clinicien développe sa méthode selon les principes de raisonnement clinicien. Mais on ne peut pas permettre que la même hétérogénéité prévaut lors de la présentation professionnelle formelle .Dans leur article, Haber et al<sup>4</sup> ont remarqué que l'apprentissage de la compétence orale est implicite et difficile a comprendre mais ils ont ajouté que le produit de la même système tourne bien a la maturité ,alors pourquoi fixer un système qui fonctionne bien .Mais cela concerne l'apprentissage de la compétence orale, et la notation de la présentation orale? Si on laisse la notation de dépendre au jugement tacite et implicite, donc la préférence de l'examineur et son idiosyncrasies déterminera tout.

**Conclusion:** This study has shown that examiners definitely have varying opinions on what form the oral presentation of the clinical long case at surgery fellowship/professional examination should be which translate to their expectations of the residents or clinical students. This highlights the need for standardization and consensus of what is expected at a formal oral presentation at the clinical long case examination in order to avoid subjectivity and bias.

## REFERENCES

1. Browse N, Black J, Burnand K, Thomas W(eds.). History taking and clinical examination. In: Browse's Introduction to the symptoms and signs of surgical disease. 4<sup>th</sup> ed. London: Bookpower; 2005. 1-35.
2. Leonard L, Barton S. Preoperative preparation. In: Williams N S, Bulstrode C J K, O'connell PR(eds). Baily and Love's short practice of Surgery 25<sup>th</sup> ed. London: . Edwards Arnolds; 2008;183-193.
3. Diamond T, Rowlands BJ. Preoperative assessment. In: Surgical management Second edition. O'Higgind NJ, Chisholm GD, Williamson RCN (eds). 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Butherworth-Heinemann;1991. 1-3.
4. Haber RJ, Lingard LA. Learning oral presentation skills. A rhetorical analysis with pedagogical and professional implications. J Gen Intern Med. 2001 May; 16(5): 308–314.
5. Chan MY. The oral case presentation: toward a performance based rhetorical model for teaching and learning. Med Educ Online 2015, 20: 28565 - <http://dx.doi.org/10.3402/meo.v20.28565>
6. Weise J, Saint S, Tierney L. Using clinical reasoning to improve skills in oral case presentation. Seminars in medical practice. 2002; 5: 29-36.
7. Cooper Medical School of Rowan University. CMSRU. Tools for patient presentation. <http://libguides.rowan.edu/tools>. (Accessed 23 Nov 2013)
8. Google maps. West Africa , <https://www.google.com.ng/maps/@14.5910977,-0.844483,5z>. Google. 2014

**Conclusion:** cette étude a montré que les examinateurs ont des opinions varier sur quel forme de présentation de longue cas clinique d'examen chirurgie professionnel doit interpréter leurs attentes des étudiants clinique. Cela met en évidence la nécessité d'une normalisation et consensus de ce qui est attendu lors des examens clinique de longue cas a fin d'éviter la subjectivité et biais.

## REFERENCES

1. Browse N, Black J, Burnand K, Thomas W(eds.). Compilation des histoires et examens clinique. In: Browse's Int. Introduction aux symptômes et signe de maladie chirurgical, édition 4. London: Bookpower; 2005. 1-35.
2. Leonard L, Barton S. La préparation préopératoire. In: Williams N S, Bulstrode C J K, O'connell PR(eds). Court pratique chirurgical de Baily et Love's short 25<sup>th</sup> ed. London: . Edwards Arnolds; 2008; 183-193.
3. Diamond T, Rowlands BJ. assessment Preoperative In: la gestion chirurgical 2eme édition. O'Higgind NJ, Chisholm GD, Williamson RCN (eds). 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Butherworth-Heinemann;1991. 1-3.
4. Haber RJ, Lingard LA. Apprendre la présentation des compétences orale .Une analyse rhétorique avec les implications pédagogiques et professionnels J Gen Intern Med. 2001 May; 16(5): 308–314.
5. Chan MY. La présentation du cas oral: suite à la performance rhétorique basé sur le modèle d'enseignement et apprentissage. Med Educ Online 2015, 20: 28565-<http://dx.doi.org/10.3402/meo.v20.28565>
6. Weise J, Saint S, Tierney L. Utilisant la raisonnement clinique a renforcer les compétences de la présentation orale. Seminaire de la pratique medical. 2002; 5: 29-36.
7. Cooper Medical School of Rowan University. CMSRU. Les requit pour la présentation de patient. <http://libguides.rowan.edu/tools>. (Accessed 23 Nov 2013)
8. Google maps. Afrique de l'Ouest <https://www.google.com.ng/maps/@14.5910977,-0.844483,5z>. Google. 2014



9. University of California San Diego School of Medicine A Practical Guide to Clinical Medicine .<http://meded.ucsd.edu/clinicalmed/oral.htm>. ( accessed 14 April 2014, last updaed 8/16/2008)
10. Nancy Cochran. A guide to case presentation. Dartmouth Medical School. [http://fd4me.osu.edu/lp-preceptors/system/blockresource\\_items/resources/000/000/048/original/Oral\\_Presentations\\_handout.pdf?1384793577](http://fd4me.osu.edu/lp-preceptors/system/blockresource_items/resources/000/000/048/original/Oral_Presentations_handout.pdf?1384793577). (Accessed on 21 April 2014)
11. Al-Fallouji MAR. Long cases, clinical surgery. In Postgraduate surgery, the candidates guide. , 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Butterworth Heinemann; 1998. 447-448
12. Ajao OG. A guideline for examiners and examinees in surgical examination. The Journal of Surgery and Surgical Sciences. 2007; 1:1-5.
13. Agbakwuru EA. Bedside teaching for surgical residents Presented at the Train the trainer, Faculty of surgery, National Postgraduatue Medical College of Nigeria conference. Enugu, 2013.
14. Green EH. DeCherrie L, Fagan MJ, Sharpe BA, Hershman W. The oral case presentation: what internal medicine clinician-teacher expect from clinical clerks. Teach Learn Med. 2011; 23(1): 58-61.
9. University of California San Diego School of Medicine: Un guide de pratique de medicine .<http://meded.ucsd.edu/clinicalmed/oral.htm>.( accessed 14 April 2014, last updaed 8/16/2008)
10. Nancy Cochran. A guide à la présentation. Dartmouth Medical School.[http://fd4me.osu.edu/lp-preceptors/system/blockresource\\_items/resources/000/000/048/original/Oral\\_Presentations\\_handout.pdf?1384793577](http://fd4me.osu.edu/lp-preceptors/system/blockresource_items/resources/000/000/048/original/Oral_Presentations_handout.pdf?1384793577). (Accessed on 21 April 2014)
11. Al-Fallouji MAR. Long cas, chirurgie clinique. chirurgie diplômés, guide de candidats . , 2eme ed. Oxford: Butterworth Heinemann; 1998. 447-448
12. Ajao OG. Un guide pour les examinateurs et les candidats. Le Journal de chirurgie and Sciences chirurgical .2007; 1:1-5.
13. Agbakwuru EA. Chevet d'enseignement pour les résidents. Présenté à :entraîner les entraîneurs Faculté de la chirurgie, National Postgraduatue Medical College of Nigeria conference, Enugu, Nigeria 2013.
14. Green EH. DeCherrie L, Fagan MJ, Sharpe BA, Hershman W. la présentation de cas oral : ce que les professeur internes attendent des interrogations clinique.Teach Learn Med. 2011; 23(1): 58-61.